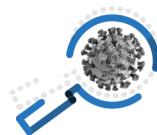
Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19

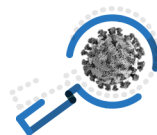
CUIDADOS PALIATIVOS
ORIENTAÇÕES AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

O Cuidado Paliativo é uma abordagem que tem por objetivo o alívio do sofrimento humano em qualquer condição em que aconteça. Seus princípios e o conhecimento que agrega pode e deve ser aplicado tanto de forma individual, diante de uma doença que ameaça à vida, quanto diante de uma população que sofre por risco de perda massiva de vidas.

O emprego precoce de suas ferramentas pode auxiliar profissionais em diferentes etapas do atendimento a pessoas portadoras da doença, independente de estarem ou não em situação de final de vida. No caso da Covid-19, a família igualmente precisa ser acolhida uma vez que é duplamente afetada tanto pelo agravamento da condição de saúde do paciente, mas também porque segue com sentimento de medo e angústia de novos casos no núcleo familiar.

Entre os instrumentos mais utilizados pelos Cuidados Paliativos, podem ser úteis agora:

1. **Comunicação adequada** com o objetivo de ajudar a humanizar o processo em todas as etapas;
2. **Avaliação do paciente** com objetivo de auxiliar em decisões sobre oportunidade de suporte avançado de vida;
3. Métodos eficientes para o **controle de sintomas** em todas as etapas;
4. **Atenção a familiares**, auxiliando na compreensão do processo de adoecimento, diminuindo o impacto sobre o sofrimento associado à perda de pessoa querida.

DIFERENTES CENÁRIOS E ABORDAGENS POSSÍVEIS:

A – Monitoramento de portadores e sintomáticos leves em casa:

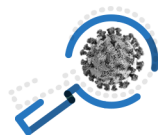
Equipes de Saúde da Família, através de agentes comunitários podem treinar familiares de forma individual ou coletiva, sobre medidas de afastamento social e atenção sobre sintomas de risco que podem implicar em atenção hospitalar.

B – Monitoramento de doentes crônicos ou com doenças crônicas em progressão e outras causas de risco elevado no adoecimento:

Orientar pacientes e familiares a informar corretamente sobre doenças prévias e em especial sobre o grau de fragilidade em que se encontra o doente. Perguntas que podem auxiliar:
O doente está:

1. Perdendo capacidade funcional de forma rápida (parou de caminhar, necessita de ajuda para banho, locomoção, alimentação)?
2. Acamado e dependente para muitas atividades e/ou vem piorando nas últimas semanas/meses?
3. Com pouco apetite e perdendo peso rapidamente nas últimas semanas?
4. Com sintomas diversos como dor, fadiga, falta de ar, sonolência ou outros sintomas físicos de desconforto, controlados ou não com medicamentos e medidas não farmacológicas adequadas?
5. Necessitou de internação hospitalar por sua doença mais de uma vez no último ano?

Nestes casos, orientar ao familiar para informar às equipes sobre

condição prévia do doente e presença de doença evolutiva. Vai ajudar o profissional a encontrar a melhor alternativa de tratamento para ele.

C. Unidades de Pronto atendimento específicas ou não:

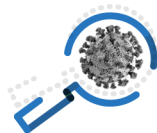
1. Profissional de triagem: (habitualmente profissional de enfermagem)
   a. Apresentar-se sempre e assegurar que fará o seu melhor para ajudar;
   b. Buscar os sintomas atuais de infecção pelo COVID-19;
   c. Buscar os sinais de alerta para doença crônica evolutiva (quadro 1);
   d. Buscar rapidamente dados biográficos do doente (quadro 2).

Os poucos minutos de conversa pessoal e acolhedora onde se registra informações biográficas do doente são extremante preciosos e ajudam a humanizar o processo, trazendo percepção de confiança sobre os cuidados que serão oferecidos. As pessoas se sentem mais seguras quando percebem que são consideradas como pessoas e não apenas como doentes.

2. Atendimento médico:
   a. Considere todos os dados da triagem;
   b. Se dois ou mais sinais de alerta para doença avançada e progressiva estiverem presentes (quadro 1), procure se informar mais sobre a doença de base. Doentes com progressão rápida nas últimas semanas podem estar em processo ativo de morte por doença crônica em progressão e não se beneficiarão de medidas avançadas, ainda que apresentem sinais de infecção aguda pelo vírus;

c. Neste caso, seja franco com o doente e familiar. Demonstre sensibilidade ao explicar o contexto de gravidade e relembre que há uma condição clínica extremante séria em curso e que fará todo o possível para que o seu tratamento seja o mais adequado possível e que levará em consideração o cuidado para que não tenha sintomas estressantes (quadro 3);

d. Priorize medidas de controle de sintomas e fique atento à possibilidade de proximidade da sua morte. Morte iminente exige cuidados de final de vida, independente da causa;

e. Pacientes que estão fora dos grupos de risco e clinicamente bem, devem receber atenção ao controle de sintomas.

D. Unidades de internação: Alguns cenários possíveis.

1. Cenário 1 - Paciente estável e com melhora clínica:

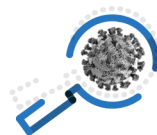
Adote medidas para controle de sintomas, ofereça informações à família e tranquilize o doente, sempre assegurando o empenho em oferecer o melhor tratamento possível.

2. Cenário 2 - Paciente evoluindo com piora clínica, porém não elegível para medidas avançadas.

a. Inicie medidas de controle de sintomas, sobretudo da dispneia, cautelosamente, mas com eficiência. Uso de opioides, ansiolíticos e medidas não farmacológicas são ações prioritárias e indispensáveis neste contexto;

b. Converse francamente e com delicadeza com o doente e procure manter sua família informada de que há piora clínica e poucas chances de sobrevida, mas sempre assegurando que todos os cuidados estão

sendo feitos para conforto;

c. Converse com a equipe e o mantenha sob estrita vigilância de sintomas.

3. Cenário 3 - Paciente sob cuidados intensivos e com evolução desfavorável, com parâmetros que indicam mau prognóstico e evolução para morte

a. Evite novas medidas avançadas como elevar doses de aminas ativas, usar esquemas inadequados de antibióticos, adotar novos procedimentos invasivos. Além de não trazerem benefício adicional, podem levar a sofrimento prolongado do doente, da família, da equipe e também a você;

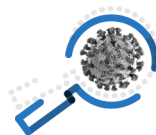
b. Evite falsas esperanças nas conversas com familiares, ainda que por telefone. Seja realista, mas abuse das orientações do quadro 3, sobre comunicação. Se for conversa por telefone, valha-se do seu tom de voz e seja acolhedor;

c. Pare e reflita. Você está apenas lançando mão de uma recomendação ética preconizada no código de ética médica desde 2010.

4. Cenário 4 - E quando não houver recursos para todos?

a. Esta situação pode ser minimizada se precocemente adotamos escolhas adaptadas e pautadas em adequação de recursos para doentes com doença crônica e em evolução. Mesmo assim pode acontecer;

b. Como profissionais, podemos ser convocados a tomadas de decisões difíceis. Não se trata de escolha pessoal e nem individual. Nestes casos, devemos primar pela ética, buscando embasamento criterioso para as nossas ações. Se acontecer, seguiremos diretrizes definidas por autoridades sanitárias e ofereceremos sempre ao doente e sua família os melhores recursos de paliação para que não

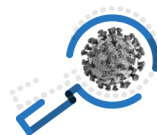
haja sofrimento desnecessário. Lembre-se: você pode fazer melhor o que pode ser feito e não aquilo que gostaria de fazer mas não está ao seu alcance.
Acolha-se, caso sinta-se mal por não ter ao seu alcance tudo o que você sabe que poderia ser necessário. Você ajuda muito mais se não decidir sofrer mais do que o que sofrem os que você decidiu ajudar;

c. Lembrar que sedação profunda e contínua é exceção na prática do bom cuidado paliativo. Só devemos lançar mão de tal recurso quando diante de sintoma estressante para o doente e que não melhora com as medidas orientadas nos esquemas terapêuticos 1 e 2 (ao final da cartilha). As doses baixas preconizadas nestes esquemas dificilmente irão sedar um doente, e não têm esta intenção;

d. Para outros sintomas na fase final da vida, as recomendações do quadro 5 podem auxiliar na condução dos mesmos.

É primordial, ainda, cuidar-se muito bem, visto que a saúde física e mental dos trabalhadores é condição para se aproximar do outro, fazendo com que se sinta acolhido e seguro.

SOFRIMENTO PSICOLÓGICO EM PESSOAS AFETADAS POR EPIDEMIAS

Em epidemias com risco de morte, o sofrimento pode ser causado tanto pela doença em si como pelas medidas necessárias para seu controle. Além da questão do isolamento e quarentena, os afetados podem ainda ter que lidar com estigmatização de suas comunidades pelo medo generalizado de contrair a doença.
O uso dos equipamentos de proteção individual e a distância necessária por parte dos profissionais de saúde podem parecer ameaçadores e contribuem para exacerbar sentimentos de solidão, tristeza e medo.

É necessário esclarecer que a assistência médica visa tanto salvar vidas quanto aliviar o sofrimento. Nesse sentido deve-se incluir especialistas em saúde mental como parte do cuidado paliativo.

Vale considerar ainda que o estresse psicológico pode em si causar sintomas físicos, como dores de cabeça, nas costas, desconforto estomacal, etc. Em crianças o sofrimento pode se expressar como comportamento regressivo (como urinar na cama), irritabilidade, choro constante, agressividade, automutilação.

A comunicação clara e regular com paciente e família contribui para fortalecimento da confiança no serviço e nos profissionais, condição importante para conforto e amenização do sofrimento psíquico e que ajuda no enfrentamento da dor. Pacientes com capacidade de tomada de decisão têm direito a todas as informações pertinentes à sua condição e tratamento em linguagem que eles possam entender.

Considere que em qualquer circunstância os cuidados paliativos são uma ferramenta importante para prevenir sequelas psicológicas tanto ao paciente, quanto a sua rede socioafetiva. Esteja preparado para não se irritar com o comportamento agressivo ou triste do paciente. Importante não confrontá-lo diretamente ou se envolver excessivamente.

ESQUEMAS TERAPÊUTICOS

QUADRO 1: Sinais de alerta para doenças crônicas e em evolução

CINCO SINAIS DE ALERTA PARA A PRESENÇA DE DOENÇAS PRÉVIAS EVOLUTIVAS:
1. Perda rápida de **capacidade funcional** nas últimas semanas.
2. **Dependência** significativa para atividades básicas.
3. **Perda de peso** significativa nas últimas semanas?
4. Presença de **sintomas** que exijam abordagem específica e não aliviam com tratamento da doença de base.
5. **Internação hospitalar** não eletiva por sua doença recorrente no últimos 12 meses.

QUADRO 2: Coleta de Biografia

BIOGRAFIA COMO PONTE DE CONEXÃO HUMANA:
1. Pergunte como prefere ser chamado e o nome do acompanhante.
2. Profissão ou ocupação mais frequente.
3. Onde mora (bairro ou região) e com quem mora.
4. Número de descendentes, quando houver (filhos e netos).
5. Busque por um ou dois elementos que favoreçam a empatia: Hábitos, atividades de lazer, o que mais gosta de fazer, algo sobre seu jeito de ser.
A Biografia não deve ser longa. Em 3 ou 4 linhas, um pequeno relato sobre a pessoa, que vai acompanhá-la em todo o seu atendimento.

QUADRO 3: Comunicação

PASSOS PARA UMA BOA COMUNICAÇÃO EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:
1. Lembre-se sempre que a pessoa e/ou seu familiar podem estar com muito medo ou assustados. Procure manter-se calmo. **Legitime** o seu medo.
2. Em atendimento presencial, fite a pessoa nos **olhos**, cuide do seu **tom de voz** e fale pausadamente, dando um pouco de **tempo** para que a pessoa possa absorver a informação.
3. **Acolha** as reações. Elas não são dirigidas a você. Mas são fruto da situação que a pessoa está vivendo.
4. **Seja simples.** Evite ser prolixo e usar termos técnicos, independente do nível de escolaridade da pessoa.
5. **Evite delegar** à pessoa uma decisão que não lhe cabe neste momento. Não é uma questão de escolha. Mas de indicação médica.
6. Se a pessoa tiver argumentações diferentes da sua opção de tratamento, **escute**. É possível que elas contenham informações que podem lhe auxiliar a buscar um novo caminho. E tomar decisão mais prudente.

RECOMENDAÇÕES A EQUIPES MÉDICAS

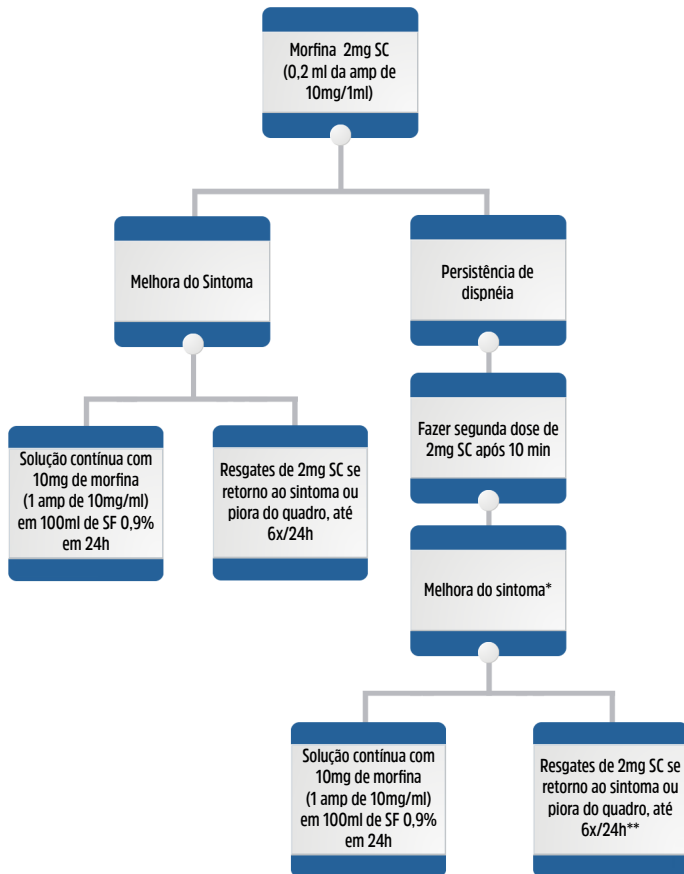
QUADRO 4: Medidas para controle de sintomas

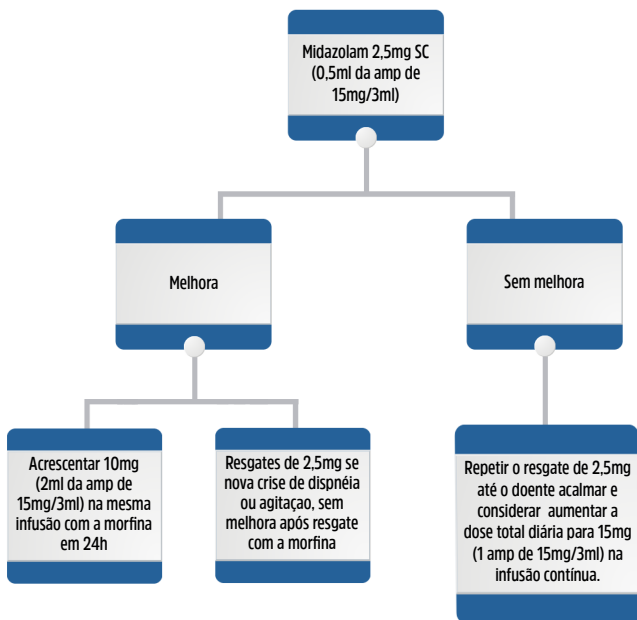
DISPNÉIA E TOSSE:
1. Avalie a intensidade da sensação de falta de ar pelo doente.
2. Oxigenioterapia melhora baixa saturação e suas consequências, incluindo delírium e ansiedade. Mas não alivia a sensação de dispnéia e nem a tosse.
3. Morfina em doses baixas é o medicamento mais eficaz no controle da dispnéia.
4. Se a pessoa estiver muito agitada e inquieta pela falta de ar, associe pequenas doses de midazolam.
5. Sua intenção é aliviar o sintoma do doente. **Doses baixas** e **controladas** de morfina e midazolam oferecidas em bolus subcutâneo ou em bomba infusora não provocam rebaixamento da consciência e são seguras, mesmo em idosos.

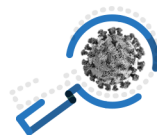
6. Siga os esquemas terapêuticos 1 e 2 para usar corretamente estes medicamentos.
7. Soluções centesimais de morfina com ajustes através de aumento de vazão NÃO DEVEM SER PRESCRITAS e não fazem parte do escopo do Cuidado Paliativo, porque podem por em risco a segurança do doente.
8. Doses extras ou de resgate devem ser oferecidas se não houver controle adequado dos sintomas, por via subcutânea e sempre que requerida, até seis vezes/dia.
9. A via Subcutânea em sala de urgência/emergência pode ser acessada através de seringas hipodérmicas, de modo semelhante à aplicação de insulina.
10. Infusão contínua pode ser prescrita por via subcutânea (hipodermóclise) ou endovenosa. Sendo a primeira acessível e indicada em qualquer sítio de atuação, inclusive em domicílio e hospitais de campanha, pela sua facilidade, baixo custo e segurança.

QUADRO 5: Outros sintomas no Final da Vida:

OUTROS SINTOMAS NO FINAL DA VIDA:
1. Aumento de secreções: Use escopolamina na dose de 80 a 120mg/dia (4 a 6 amp de 20mg/2ml) que podem ser administradas junto com morfina e midazolam.
2. Delírium: Use haloperidol na dose de 1mg por via SC a cada 12h, com resgates de 1mg, se necessário.
3. Delírium hiperativo/agitação psicomotora: Substitua o haloperidol por clorpromazina 25mg em bolus SC (sim, é possível fazer bolus de 5ml SC) e mantenha 50mg na infusão contínua de 24h. Ajustando dose, se necessário.
4. Dor: Provavelmente a dor ocasionada por mialgias será adequadamente controlada se houver uso da morfina. Que pode ser iniciada nas mesmas doses se houver dor sem dispnéia.
5. Febre: Seja generoso na dose da dipirona que pode chegar a 8gr/dia, se necessário.
6. Mantenha a sua tranquilidade e pense sempre que está fazendo o melhor por aquela pessoa, no final da sua vida.

Esquema terapêutico 1:
Dispnéia – Morfina - Doses e Modo de usar ***:

* Se não houver melhora, associar midazolam conforme esquema terapêutico 2.
** O próximo passo para ajuste na dose da morfina é usar resgates de 3 mg (0,3 ml da amp de 10mg/ml) e dose total de 30mg/24h (3 amp de 10mg/ml em 100ml de Sf 0,9%).
*** Em pacientes hepatopatas, nefropatas ou muito idosos (nonagenários e mais) considerar dose inicial e de resgate de 1mg SC (0,1 ml da amp de 10mg/ml) e infusão contínua de 5mg (0,5ml da amp de 10mg/ml) nas 24h.

Esquema terapêutico 2:
Dispnéia – Midazolam – Doses e Modo de usar*.

* Neste contexto, doses baixas de midazolam não são consideradas como sedação. Apenas age como ansiolítico, ação complementar importante no controle da dispnéia.

Autoria: *Maria Goretti Maciel*
Revisores: Pesquisadores colaboradores de Atenção Psicossocial e Saúde Mental do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES) da Fiocruz - *Bernardo Dolabella Melo, Daphne Rodrigues Pereira, Fernanda Serpeloni, Juliana Fernandes Kabad, Michele Souza e Souza, Michele Kadri, Ana Claudia Quintana Arantes*
Coordenação: *Débora da Silva Noal e Fabiana Damásio*
Coordenador do CEPEDES: *Carlos Machado de Freitas*
Projeto Gráfico: *Adriana Marinho*

Referências Bibliográficas

OMS. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises. 2018

Highet G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. BMJ Support Palliative Care. 2014;4(3):285-90.

Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy R, Currow DC. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.

Twycross R, Wilcock A, Howard P. Palliative Care Formulary PCF5+. Nottingham: palliativedrugs.com Ltda; 2016.